

**Ю.В.СТРУЧКОВ, И.В.ГОРБАЧЕВА,
Л.А.ФОКИНА**

ТИПЫ ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Московская Медицинская Академия
им. И.М.Сеченова, Россия

Послеоперационный перитонит является тяжелым осложнением после абдоминальных вмешательств. Проблема новых методов диагностики послеоперационного перитонита является очень важной, так как смертность от этого осложнения колеблется от 25% до 89%. Известно, что снижение смертности связано со своевременным лечением, а оно, в свою очередь, связано со своевременной диагностикой. Ультразвуковое исследование брюшной полости в послеоперационном периоде является точным диагностическим методом у больных с послеоперационным перитонитом. В своей работе мы использовали динамическое ультразвуковое исследование в послеоперационном периоде. Осматривались пациенты после резекции желудка, резекции толстой кишки и других операций в течение 5-8 дней после операции. Начальные УЗИ-данные сравнивались с данными релапаротомии и послеоперационным течением. Выявлено 3 типа послеоперационного течения: 1) гладкое; 2) сомнительное; 3) неблагоприятное. В 1 группе осложнений практически не наблюдалось, во 2 группе выявлено 14% осложнений, практически у всех больных из 3 группы наблюдался послеоперационный перитонит, что подтверждено при релапаротомии. Таким образом, динамическое УЗИ позволяет с высокой точностью выявлять послеоперационные осложнения, такие как послеоперационный перитонит, внутрибрюшные абсцессы и другие.

Несмотря на достижения современной хирургии, до сих пор актуальной остается

проблема ранней диагностики и лечения послеоперационного перитонита. По данным разных авторов частота этого грозного осложнения после операций на органах брюшной полости составляет от 2% до 6%, а летальность колеблется от 25% до 89% [1, 2, 3, 4].

Общеизвестно, что результаты лечения послеоперационного перитонита зависят от ранней повторной операции [2, 3, 4, 5, 6]. Естественно, что ранняя диагностика послеоперационного перитонита является основной задачей на пути улучшения результатов лечения данной патологии. Наиболее ранняя диагностика послеоперационного перитонита возможна только при динамическом наблюдении за больным [5, 6]. Под этим термином мы подразумеваем не только клиническое и лабораторное наблюдение, но и динамическое инструментальное наблюдение, дающее возможность объективно оценивать течение раневого процесса. Таким методом, по нашему мнению, является динамическое ультразвуковое исследование у больных в послеоперационном периоде.

Динамическое УЗИ-наблюдение позволяет оценивать состояние зоны операции непосредственно с первых суток послеоперационного наблюдения и выявлять послеоперационные осложнения, такие, как ранняя спаечная кишечная непроходимость, внутрибрюшное кровотечение, продолжающийся и послеоперационный перитонит, внутрибрюшные абсцессы и пр. [5, 6]. Достоинствами этого метода являются его неинвазивность, практически отсутствие лучевой нагрузки на пациента, мобильность аппарата, которая позволяет проводить исследования непосредственно у постели больного, в том числе в отделении реанимации.

В нашей клинике разработана методика динамического ультразвукового наблюдения больных, перенесших операции на органах брюшной полости, сопровождавшиеся нарушением непрерывности желудочно-кишечного тракта (резекция толстой кишки, резекция желудка, наложение анастомозов и т.п.), а также больных, оперированных по поводу различных заболева-

ний, осложнившихся развитием диффузного или разлитого перитонита.

Данная методика предполагает динамический осмотр больных с первых суток после операции в течение 5-8 дней, в зависимости от получаемых данных при УЗИ-наблюдении и данных клинического наблюдения. Для исследования используется ультразвуковой аппарат LOGIC-400 MD, работающий в реальном масштабе времени с конвексным датчиком с частотой 3,5 МГц, и линейным датчиком с частотой 7,5 МГц. Последовательно осматривается брюшная полость, начиная с правой подвздошной области, малого таза, левой подвздошной области, далее оба латеральных канала, оба подреберья, далее осматриваются все отделы брюшной полости и особенно зона операции. При исследовании обращается внимание на наличие свободной жидкости, ее скопления, на структурное и функциональное состояние кишечника, оценивается состояние зоны операции (зона анастомозов и культи полых органов). У больных с лапаростомой обязательно оценивается состояние раны.

С применением данной методики осмотрено всего 303 пациента в период с 1996г. по 1999г. В том числе оперированных по поводу язвенной болезни желудка – 90, рака желудка – 40, рака толстой кишки – 67, аппендицита – 17, ущемленной грыжи – 23, других заболеваний – 66 больных. Женщин было – 158 человек, мужчин – 145.

Используя ультразвуковое исследование для динамического наблюдения за больными в послеоперационном периоде, мы отметили, что принципиально можно выделить 3 типа течения послеоперационного периода: 1) гладкое; 2) сомнительное; 3) неблагоприятное. Особым типом течения послеоперационного периода является течение его у больных с наложенной лапаростомой.

При гладком течении: свободная жидкость лоцируется в 1 анатомической области, ближайшей к зоне операции, в виде эхо-негативной прослойки; перистальтика появляется ко 2 суткам, тогда же исчезает свободная жидкость, петли тонкой кишки

не растянуты, внутрипросветное содержимое кишечника, лоцируемое при данном типе течения послеоперационного периода, является преимущественно газообразным.

При сомнительном течении: свободная жидкость лоцируется в 2 анатомических областях в течение 2-3, а иногда и 5 суток в виде тонких эхо-негативных прослоек. Перистальтика восстанавливается к 3-4 суткам. Можно выявить отдельные петли тонкой кишки с жидкостным содержимым, чего не отмечается при гладком течении.

При неблагоприятном течении послеоперационного периода свободная жидкость лоцируется в 3-4 областях, количество ее со временем не снижается, как в предыдущих 2 группах, а, наоборот, нарастает. Петли тонкой кишки с первых суток заполнены жидкостным содержимым, перистальтика не восстанавливается. Выявляется нарастание толщины стенки кишки, ее слоистая структура.

Данные УЗИ полностью совпадают с данными клинико-лабораторного наблюдения за больным. Так, при гладком течении послеоперационного периода количество лейкоцитов не превышает $9-10 \times 10^6$, сдвигов биохимических показателей не наблюдается, температура тела субфебрильная, нормализуется ко 2-3 суткам. При сомнительном течении послеоперационного периода можно отметить увеличение количества лейкоцитов до 11×10^6 , температура тела может достигать фебрильных значений, выявляется незначительная или умеренная гипопротейнемия, умеренные сдвиги острофазовых показателей. Нормализация состояния больного происходит в более поздние сроки (4-5 сутки) и зависит от развития послеоперационных осложнений. При неблагоприятном течении отмечается нарастание лейкоцитоза, температурная реакция носит гектический характер, отмечаются значительные и нарастающие биохимические сдвиги.

Частота послеоперационных осложнений значительно колеблется соответственно типам течения раневого процесса. Так, в 1 группе (105 больных, как правило, после плановых операций) встретился лишь 1

случай осложнений – подпеченочный абсцесс. Тогда как во 2 группе (110 пациентов, в том числе с диффузным перитонитом при первичной операции) послеоперационные осложнения встречались у 15 человек, в том числе 1 больной с прогрессирующим перитонитом и 1 - с послеоперационным перитонитом. У тех больных, у которых наблюдалось неблагоприятное течение послеоперационного периода (40 человек), УЗ-картина была характерна для послеоперационного или продолжающегося перитонита, что соответствовало клинической картине и подтверждено при последующей операции.

Надо отметить, что в наше исследование вошли не все пациенты, находившиеся в этот период времени на госпитализации в клинике, а лишь те, у которых был риск развития послеоперационных осложнений. Поэтому частота послеоперационных осложнений в приводимой группе выше, чем это имело место в действительности.

Особую группу составляют больные с наложенными лапаростомами (48 пациентов). Наблюдая за ними, можно выявлять затеки в брюшной полости, оценивать функциональное и структурное состояние кишечника, прогнозируя время своевременного закрытия лапаростомы; следить за состоянием раны, развитием послеоперационных осложнений в ней. Проводимое до этапной санации исследование ориентирует хирурга на проведение более тщательной ревизии тех или иных областей брюшной полости, где выявлены затеки жидкости.

В заключение можно отметить, что ультразвуковое наблюдение за больными в послеоперационном периоде позволяет прогнозировать течение послеоперационного периода, в ранние сроки выявлять возможные осложнения, что способствует раннему проведению повторной операции, улучшает результаты лечения и снижает послеоперационную летальность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брюсов П.Г., Ефименко Н.А. Послеоперационный перитонит - актуальная проблема хирургии// Военно-медицинский журнал, 1988г., т.319, №7, с. 25-29.
2. Гостищев В.К., Авдовенко А.Л., Сажин В. П. Перитонит// Москва, «Медицина», 1992г., 172 с.
3. Ефименко Н.А. Послеоперационный перитонит: диагностика и лечение.// Автореферат дис. Д.м.н., Москва, 1995г.,
4. Заверный Л.Г., Пойда А.И., Мельник В.М., Вондаренко Н.Д. и др. Релапаротомия: определение показаний и результаты // Хирургия, 1996г., №1, с. 66-69.
5. Каракетова М.Ю. Оценка течения послеоперационного процесса в брюшной полости с помощью ультразвукового исследования в ранние сроки после вмешательств на желудке и двенадцатиперстной кишке // Автореферат дис. К.м.н., Москва, 1998г., 24 с.
6. Тепикин Ю.В. Ультразвуковая диагностика послеоперационного перитонита// Дис. к.м.н., СПб, 1993г., 180с.

Поступила 01.10.2004 г